

INFORME MENSUAL DE ASESORÍA EXTERNA
Realizado por FUNDACION NODO XXI

AL DIPUTADO GABRIEL BORIC FONT.

CONTRATO (AE N° 11/03/2014)
Diciembre 2014

Fundamentos del sistema de salud chileno

Investigador responsable
Matías Goyenechea

Resumen

En el presente documento se pretende abordar los elementos clave para la constitución de nuestro sistema sanitario, tanto en la esfera de lo público como en la privada. Los procesos de reforma que abre la dictadura fueron construidos sobre principios que han dirigido a todas las nuevas modificaciones que se han realizado desde los cambios introducidos en entre 1979-1981. Ad portas de un nuevo proceso de reforma al aseguramiento en salud resulta fundamental analizar los marcos de las transformaciones neoliberales

Índice

Índice.....	1
Introducción	3
La evolución del Sistema de Salud en Chile	4
Principios detrás de la modernización de la salud en la dictadura	5
Procesos en la modernización de la salud en la dictadura	9
<i>Reducción del gasto público en salud</i>	10
<i>Constitución del ochenta y el derecho a la salud</i>	12
<i>Fuentes del financiamiento a la salud y su distribución</i>	13
Aseguramiento y prestadores público de salud	16
Fuentes de financiamiento del presupuesto	17
Dimensionamiento del gasto público en salud.....	17
Financiamiento de la provisión pública de salud	20
Fonasa y Privados	22
Contexto del gasto en infraestructura de salud	24
Aseguramiento y prestadores privado en salud.....	27
Holdings de salud privada.....	31
Conclusiones	33
Bibliografía	34

Introducción

El sistema de salud en Chile ha sufrido modificaciones durante el tiempo, los primeros intentos de levantar una oferta que realice acciones de salud, fue realizado por la Iglesia Católica e instituciones de caridad, sin embargo también se pueden encontrar experiencias en que los trabajadores buscaron por sus propios medios resolver sus problemas de salud. En el primer tercio del siglo XX y en medio del desarrollo de la llamada “cuestión social” se produce el arribo del Estado. Esto se traduce en la creación de un ministerio y la generación de una oferta pública de prestadores de salud. La intervención del Estado en salud pasa por distintos momentos, como cuando se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS) y también se producen cambios que generan segmentación, por ejemplo la creación del Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena) que a diferencia del SNS en donde se atendía a los obreros el Sermena atendía a empleados públicos y privados, y de esta forma se generan mecanismos de segmentación, que hoy se reflejan en la división entre Fonasa y las Isapres (Gogna, 2004).

Este trabajo estará centrado en las transformaciones que son introducidas desde los primeros cambios entre 1979-1981 hasta la actual discusión respecto de reforma al sistema, en específico en los principios en los cuales se fundamentan, así como los efectos que han producido en general, en las esferas de lo público, como también los efectos en lo privado. Básicamente nos centraremos en analizar la distribución desigual del gasto sanitario, producido por el esquema de financiamiento a la salud que configura la dictadura y el cual no ha sido modificado en los gobiernos posteriores. Luego el documento se centrará en la esfera de lo público, señalando los cambios dentro del aseguramiento como en los prestadores, en donde se instala una lógica de “mercado” a través de la compra y venta de acciones de salud, también los esfuerzos que se han mantenido desde la dictadura para generar subsidios a la demanda que buscan dar accesos a la población a atenciones de salud en prestadores privados, efecto que se ha profundizado por los déficit de inversión en la red pública de salud. En lo que respecta al subsistema privado de salud, nos centraremos en los efectos que producen las Isapres respecto a la distribución de riesgos en el conjunto del sistema, básicamente analizaremos los procesos mediante los cuales se produce una segmentación de la población en función de su riesgo a enfermar y capacidad de pago. Por

otro lado debemos observar lo relacionado a la integración vertical de prestadores y seguros y las consecuencias en la expansión de la oferta privada. Finalmente se describirá las últimas propuestas de reforma al sistema que se realizan desde Piñera hasta la propuesta de la última comisión asesora presidencial en el actual gobierno.

La evolución del Sistema de Salud en Chile

En el sistema de salud chileno se distinguen tres periodos claves a lo largo del tiempo¹:

- a) Durante el siglo XIX, el sistema de salud chileno se caracteriza por su marcado carácter asistencialista, sobre todo, cuando los hospitales y centros de salud eran propiedad de la Iglesia Católica. Sin embargo también hay que destacar la existencia de un sistema creado a través de las sociedades de socorro mutuo, que a través de los aportes de los trabajadores financiaban las prestaciones de salud de los afiliados a estas sociedades. Lo que da cuenta de la existencia de una dualidad que es permanente en la salud en Chile durante el siglo XIX: la convivencia de un sector asistencialista basado en la caridad con otro de carácter autónomo levantado por las organizaciones de trabajadores y artesanos que poseía un carácter solidario.

- b) A partir del año 1952 cuando el Estado se hace parte, generando una institucionalidad y una seguridad social con el Servicio Nacional de Salud (SNS). Se puede sostener que la expansión de las organizaciones de los trabajadores y estudiantes a comienzos del siglo XX generan una presión hacia el Estado por hacerse cargo de ciertos problemas, incluidos la salud. Esta situación obliga al Estado de generar instituciones que se hagan cargo de generar políticas de bienestar en salud, sin embargo hay que constatar que si bien en este periodo se producen políticas de bienestar de carácter solidario, también conviven con elementos que tienden a la segmentación de la población por capacidad de pago, es de esta manera que se organiza un sistema para obreros y otro para empleados

¹ Más detalles al respecto revisar en Gogna (2014), Goyenechea (2012 y 2014).

públicos y privados.

- c) Durante la década de los ochentas con las reformas “modernizadoras” que implementó la dictadura militar. Las reformas estructurales de ese periodo tendieron a fragmentar y mercantilizar el sistema de salud, generando un subsistema privado, compuesto por prestadores (clínicas) y aseguradoras (Isapres). Así también lo público es modificado para funcionar como un cuasi mercado, a través de la generación de aranceles en las atenciones de salud (pago por prestación), políticas de externalización de servicios al interior de hospitales, aplicación de políticas que tienden al auto financiamiento de los hospitales, así como sumir modelos de gestión propios de empresas. Esto hay que sumarle una política constante de generación de mecanismos de traspaso de recursos y pacientes a prestadores privados, principalmente a partir de la lógica de los subsidios a la demanda.

Principios detrás de la “modernización” de la salud en la dictadura

Los cambios que son impulsados por la dictadura militar en Chile, no solo en el ámbito de la salud sino que en todas las esferas de la acción estatal y del mismo papel del Estado, tienen relación a la subsidiariedad y al papel subsidiario del Estado, de este modo, en este punto desarrollaremos algunos de los elementos o principios tras este concepto.

Si bien la “subsidiariedad” tiene un principio en la teoría social de la iglesia católica desarrollada en el siglo XIX y XX, este concepto se ha ido nutriendo con una lógica que apunta a la abstención de la intervención directa del Estado, en arreglo al respeto del principio de autonomía de los sujetos jurídicos privados o públicos. Por un lado, la subsidiariedad tendrá un significado “horizontal” que alude a la relación entre Estado y los ciudadanos, apuntando al explícito propósito de dejar el mayor espacio posible de autonomía privada, reduciendo, solo a lo esencial la intervención del Estado. Por otro lado existiría una relación vertical, en donde se apunta a la relación que tiene el Estado y entes sometidos a él, pero que poseen autonomía.

En Chile, Miguel Kast, ministro de Odeplan y Trabajo durante la dictadura, planteaba el paso de un Estado empresario al principio de la subsidiariedad. Eso implica una crítica a la lógica del Estado desarrollista y la política de sustitución de importaciones que primaba en Chile hasta el gobierno de Salvador Allende. El autor sostiene que “el Estado no debiera desarrollar actividades productoras”, puesto que, al hacerlo el Estado descuida su función redistributiva, dado que los recursos humanos, como financieros son limitados. Además, el Estado productor ahuyenta la inversión privada, dado que los privados no pueden competir frente a los recursos que dispone el Estado.

Para generar el cambio que plantea el ex ministro, hay transformaciones que hacer en tres áreas fundamentales los aspectos²: normativos económico, redistributivos y productivos. En el ámbito normativo, específicamente en la economía, según el autor debe existir igualdad ante la ley, no discrecionalidad, así como el respeto al derecho de propiedad. Vulnerar o pasar a llevar estos elementos implica inestabilidad política y va “minando la estabilidad y posibilidades de desarrollo a largo plazo del país”³.

En la política de sustitución de importaciones, habría una desigualdad ante la ley expresada en el favorecimiento de ciertas áreas productivas por sobre otras, mediante mecanismos como la tasa de interés y el tipo de cambio. Entonces, plantea Kast, no se debe favorecer en materia normativa alguna área de la producción, eso es una direccionalidad y es necesario mantener una posición de neutralidad de parte del Estado en estas materias.

Por otro lado, el ex ministro, critica la política social y la redistribución que debe desarrollar el Estado, planteando que “Hubo períodos muy prolongados de nuestra vida institucional en la cual los que pagaron la cuenta de los numerosos programas sociales fueron los más pobres, y los que recibían gran parte de los beneficios no fueron los más pobres, sino los sectores de

² Kast, Miguel. "Relaciones de la Política Económica con la Administración del Estado de Chile: El Estado Empresario y el Principio de Subsidiariedad". Estudios Públicos, 13 (verano 1984).

³ *Ibíd.*

ingresos más altos”⁴ aquí el autor acota que los impuestos que financiaban estos “programas sociales” serían la inflación y la seguridad social.

En su propuesta de Estado subsidiario, Kast hace una crítica al sistema tributario y a la lógica de la universalidad en la política pública, desde la perspectiva de la libertad de elección “permitir la libre elección por parte del beneficiario entre las distintas alternativas que se le ofrece. En educación, en previsión, en salud y en fin, en todos aquellos campos en que se estime que el Estado debe apoyar a algunos ciudadanos”⁵. Se desprende entonces que en el ámbito de los derechos sociales, el Estado debe entregar preferentemente subsidios a la demanda, de forma focalizada y abriéndose a la iniciativa privada.

El autor concluye que se debe evitar el Estado como gestor monopólico “el Estado debe cautelar que la gente ejerza realmente el principio de la libre elección. Para ello es necesario que el Estado sea sólo uno más de los que ofrece un servicio, pues sólo así se resguardará la calidad del servicio al que ofrece un abanico amplio de oportunidades al usuario”⁶. Al emplear el concepto de usuario Kast habla de servicios y no de derechos, en tanto, los “usuarios” de los servicios del Estado deben ser dirigidos a aquellos que no cuentan con los medios para satisfacer estas demandas “genéticas”, de esta manera se reitera la idea de una política pública focalizada.

En la otra vereda ideológica, el sociólogo Manuel Antonio Garretón, afirma que el modelo que implantó la dictadura fue de corte neoliberal, puesto que operó un proceso de disminución de la significación del Estado donde se proponen diversas medidas que llevan a la reducción cuantitativa del rol éste identificadas en tres momentos: “La transformación del papel del Estado, reestructuración del aparato institucional y finalmente, recorte de la

⁴ *Ibíd.*

⁵ Kast, Miguel. Op. Cit.

⁶ *Ibíd.*

dotación de personal”.⁷ En Chile las medidas que acompañaron dichos momentos fueron la privatización de empresas y de servicios sociales, es decir, hubo una enajenación no tan solo de la propiedad de empresas públicas, sino que también la transferencia de funciones públicas al mercado como la previsión social. También se desregularon los precios, el mercado laboral y un conjunto de las actividades económicas. Además, hubo una política de apertura económica al exterior, con incentivos, facilidades para la exportación y para la inversión de capital extranjero en el país.

Desde la misma vereda ideológica, el abogado Fernando Atria en su libro *Neoliberalismo con rostro humano (Veinte años después)* plantea a partir de una definición que proviene de Esping-Anderson que el Estado de bienestar neoliberal se caracteriza por “el predominio de asistencia focalizada y por la inexistencia o escasa relevancia de trasferencias universales y programas de seguro social”. Atria profundiza esto resaltando “...Dicho de otro modo, para el neoliberal la desigualdad no es un problema políticamente relevante, porque es el resultado (espontáneo) de las elecciones que cada uno ha hecho en su vida; pero aunque la desigualdad es políticamente irrelevante, la pobreza es relevante. Esto quiere decir que un Estado neoliberal admite políticas destinadas a asegurar un estándar de vida mínimo a los que sufren pobreza, pero se desentiende de lo que ocurra más allá de eso”⁸. Para Atria el Estado neoliberal busca promover y acrecentar al mercado, y para este mecanismo utiliza trasferencias públicas en la forma subsidios a la demanda para su canalización en el mercado.

El Estado subsidiario que definió la dictadura en la Constitución de 1980, se basa en el funcionamiento del mercado para organizar la economía en sus aspectos productivos y respecto del consumo de bienes y servicios. Cabe destacar que en una economía de mercado

⁷ Garretón, Manuel Antonio; Espinoza, Malva. “¿Reforma del Estado o cambio de la matriz sociopolítica? El caso chileno.” *América latina hoy: Revista de ciencias sociales*, ISSN 1130-2887, VOL. 5, 1992.

⁸ Atria, Fernando. *“Neoliberalismo con rostro humano (veinte años después)”*. Catalonia, Santiago de Chile, 2013.

existen divergencias respecto del rol que asume el Estado, esto considerando las fallas que se producen en los mercados como los monopolios o las asimetrías de información.

Es de esa manera, el rol del Estado ha tenido mayores o menores grados de influencia en la actividad económica y en la provisión de servicios. Como recopila Garretón⁹, desde el punto de vista histórico, se puede afirmar que posterior a la primera guerra mundial, se evidencia una expansión del Estado que abarca desde la Unión Soviética, los regímenes corporativistas del nazismo y el fascismo, así como también los “Estados de Bienestar”, y con posterioridad los estados desarrollistas de América Latina.

La economía neoliberal que promueve la jibarización del Estado dejando al mercado y sus “leyes” el desenvolvimiento de la economía para asegurar el crecimiento económico, tuvo su apogeo en los años ‘80s con los gobiernos de Margaret Thatcher en Inglaterra y Ronald Reagan en Estados Unidos. Ellos tenían la perspectiva de la “*elección racional*” que postula que los individuos realizan elecciones que maximizan la utilidad individual, se mueven según sus propios intereses, por lo que no siempre participarán de acciones colectivas que tiendan a un objetivo común, se desprende la llamada “elección pública” (Public choice)¹⁰, que sostiene que las intervenciones de los gobiernos con el fin de corregir alguna falla de mercado, suele o tiende a crear más problemas de los que resuelven, puesto que la burocracia y la figura del burócrata, persigue su interés personal expresado en una tendencia por maximizar sus presupuestos, esto -combinado al control que ejercen sobre la información referida a los costos de la provisión estatal-, produce un exceso de provisión pública a costa de los impuestos de la ciudadanía.

Como se mostrará más adelante, en Chile las reformas a la salud pública de los años ‘80s fueron en la dirección del dismantelamiento del Estado, entregándole la oferta de servicios

⁹ Garretón, Manuel Antonio. *Op. Cit.*

¹⁰ Marsh, David. Stoker, Gerry. “Teoría y métodos de la ciencia política”. Alianza Universidad. 1995.

sociales a privados. Lo que Kast denominaba como subsidiario, cumplía con las características de un pensamiento liberal clásico utilitarista en el que el Estado se ocupa de la oferta de un mínimo de condiciones para la vida en comunidad.

En vista de ese escenario, con retorno a la democracia se quiso acentuar el “rostro humano” al que se refiere Atria y, se implementaron políticas con el fin de proteger los derechos sociales de los ciudadanos, entre ellas, el Plan AUGE y el bono para la reducción/eliminación de las listas de espera de pacientes con patologías garantizadas.

Procesos en la modernización de la salud en la dictadura

Los procesos que se dieron para generar una transformación del sistema de salud chileno fueron realizados en un marco de coacción por parte de la dictadura militar, estos realizaron una política de shock en relación al gasto público de salud, que implica un deterioro de la oferta pública, al contar con recursos insuficientes para hacer frente a la demanda sanitaria de la población.

Reducción del gasto público en salud

Con estas últimas reformas el sector público vio disminuido considerablemente su financiamiento y son las que configuran el actual sistema de salud chileno. Ernesto Miranda tomando variadas fuentes construye una imagen respecto al gasto sanitario y su evolución entre el año 1960 y 1988. Es de esta forma que según las estimaciones del Banco Central para el año 1972 el gasto de salud llegaba a un 4,0% del producto geográfico bruto (PGB), según la misma fuente para 1974 el gasto llegaba a 2,5% del PGB, considerando la fuente del Ministerio de Salud para el año 1979 el gasto llegaba a 2,7% del PGB y para 1988 este había disminuido a 2,4% del PGB.¹¹

¹¹ Miranda, Ernesto. “Descentralización y privatización del sistema de salud chileno” Revista de Estudios Públicos, N°39 año 1990.

En 1979 se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA) para asegurar financieramente la salud de la mayor parte de la población a partir del aporte fiscal directo y de las cotizaciones de salud de los trabajadores¹².

Tabla 1: Gasto en Salud 1960-1988.

¹² Goyenechea, M. "Budget analysis in the context of health inequality in Chile". Medwave 2011 Dec;11(12):e5271 doi: 10.5867/medwave.2011.12.5271

Año	Yáñez		Ministerio de Salud		Banco Central		ODEPLAN
	GPS/PGB	Indice	GPS/PGB	Indice	GPS/PGB	Indice	GPS/PGB
1960					3,3	132,0	2,78
1961					3,4	136,0	2,85
1962					3,2	128,0	3,21
1963					3,1	124,0	2,73
1964					3,1	124,0	2,59
1965					3,3	132,0	3,34
1966					3,2	128,0	2,96
1967					3,3	132,0	2,97
1968					3,4	136,0	3,03
1969					3,3	132,0	3,38
1970	3,43	135,6			3,3	132,0	
1971					3,9	156,0	
1972					4,0	160,0	
1973	2,09	82,6			2,9	116,0	
1974	2,53	100,0	3,21	100,0	2,5	100,0	
1975	2,40	94,9	3,38	105,3	3,0	120,0	
1976	2,52	99,6	2,94	91,6	3,0	120,0	
1977	2,78	109,9	2,91	90,7	3,2	128,0	
1978	2,98	117,8	2,90	90,3	3,2	128,0	
1979	2,94	116,2	2,70	84,1	3,0	120,0	
1980	2,60	102,8	2,60	81,0	3,0	120,0	
1981	3,14	124,1	2,93	91,3			
1982	3,64	143,9	3,56	110,9			
1983	3,08	121,7	2,94	91,6			
1984	2,84	112,3	2,88	89,7			
1985	2,66	105,1	2,65	82,6			
1986			2,53	78,9			
1987			2,33	72,6			
1988			2,40	74,7			

Fuentes: J. Yáñez. "El Costo Público en los Sectores Sociales 1970-1980. Determinación y análisis" I. Aguiló, J. Yáñez "Cálculo y Análisis del Gasto Público en los Sectores Sociales, Chile 1980-1985". Indicadores Financieros Sector Público 1974-1988. Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales Banco Central. ODEPLAN (1971): "Antecedentes sobre el Desarrollo Chileno 1960-1970". pp. 315 y 391.

Fuente: Miranda, Ernesto 1990.

Desde el punto de vista institucional, en 1979 también, se produjo una fragmentación, puesto que se entregó a los municipios la administración de la atención primaria de salud y se dividió el SNS en 29 servicios de salud coordinados desde el ministerio.

Por otra parte, se generaron mecanismos de pago que replicaban el modelo privado de "pago por prestaciones", lo que creó un mercado interno donde la aseguradora pública "compra" prestaciones a los hospitales públicos (prestadores) y así la sustentación financiera de los hospitales queda ligada a la actividad que realizan.

Dichas reformas generan problemas como la distribución desigual del gasto en salud y la preponderancia del llamado gasto de bolsillo, que constituye la principal fuente de recursos para el gasto de salud en el país.

Constitución del ochenta y el derecho a la salud

En Chile desde un punto de vista formal, se cuenta con un derecho a la salud garantizado en la constitución de 1980¹³. Sin embargo, al realizar un análisis respecto de la glosa que está inserta en la constitución, además de verificar su interpretación, lo que queda es un derecho limitado al acceso. Esto implica que el Estado chileno, garantiza la posibilidad de acceder a un sistema de aseguramiento público con provisión en prestadores públicos y a un régimen de aseguramiento privado con provisión en prestadores privados. ¿Qué quiere decir esto? Básicamente que el derecho a la salud está circunscrito a la dimensión de la “libertad de elección” entre lo público y privado.

Esta visión que está plasmada en la constitución por otro lado, no releva o hace mención de que los problemas en salud, son de carácter colectivo y que suelen estar en función no solo del acceso al sistema sanitario, sino que dependen mayormente de las condiciones de vida de la población, su trabajo, vivienda, medio ambiente, entre otras esferas. De esta forma lo que se produce es, una visión de la salud como responsabilidad individual, eliminando la preocupación por la dimensión colectiva del problema del derecho a la salud.

Por otro lado, la lógica de la libertad de elección como pilar fundamental del sistema de salud, se puede cumplir solamente dependiendo de la capacidad de pago de los individuos. Incluso de considerarse los subsidios a la demanda que posee el Seguro público de salud (Fonasa), estos no son de carácter universal sino más bien que están en función de los ingresos de los afiliados. De esta forma las personas que no tienen capacidad de pago para optar a seguros privados o prestadores privados, por defecto no tienen esa libertad y están forzados a asegurar su salud en el seguro público y en caso de requerir atención de salud, debe asistir a los centros de salud públicos.

¹³ Ver Constitución de la República de Chile. Capítulo III: De los Derechos y Deberes Constitucionales. Recuperado de: http://www.senado.cl/capitulo-iii-de-los-derechos-y-deberes-constitucionales/prontus_senado/2012-01-16/093413.html

Fuentes del financiamiento a la salud y su distribución

Las fuentes mediante las cuales se financia la salud en Chile se han mantenido relativamente estables a lo largo del tiempo, en el año 1924 se promulga la Ley del Seguro Obrero Obligatorio que un tipo financiamiento de tipo contributivo, con aportes de los empleados y el aporte patronal, es decir que este tipo de financiamiento implica que está circunscrito al trabajo. Este no es el único esquema de financiamiento, en países como el Reino Unido al crear su sistema nacional de salud (NHS en sus siglas en inglés), opta por desvincular el financiamiento del trabajo, para maximizar equidad y cobertura. Este es el modelo de financiamiento a través de impuestos generales, que al estar en relación a un orden tributario progresivo, puede producir más equidad, además de cobertura a los sectores de trabajadores informales o desempleados, que en el modelo contributivo suelen quedar fuera.

Otros mecanismos de financiamiento son los impuestos generales (mencionados arriba), y que en Chile existe para completar los aportes que se realizan mediante las cotizaciones obligatorias, para de este modo financiar el subsistema público de salud. Si bien el propósito para el cual se utiliza estos recursos que provienen de impuestos generales es solidario, la forma en que está estructurado el orden tributario, puede ser regresiva. Un ejemplo de lo anterior es que durante el gobierno de Ricardo Lagos cuando se impulsa la reforma del AUGE (acceso universal a garantías de salud y luego modificado a GES o garantías explícitas en salud). En esa discusión para aprobar la ley, se modifica el régimen tributario para financiar este plan. Aquella modificación consistió en aumentar el impuesto al valor agregado (IVA) de un 18% a un 19%, este impuesto al gravar el consumo resulta regresivo dado que el efecto en una sociedad con altos niveles de desigualdad en ingresos, implicará que aquellos que tienen menores rentas tendrá este impuesto mayor efecto sobre sus ingresos totales.

El gasto de bolsillo en salud es otro de las mayores fuentes de financiamiento de la salud en Chile. Este corresponde a todos los gastos que se realizan por parte de la familia en pagos y/o copagos en acciones o atenciones de salud, así como en medicamento. Esto se genera a partir de la diferencia entre la cobertura efectiva que se provee por parte del aseguramiento

(privado o público) respecto del costo total de la acción de salud o medicamento que sea requerido. Este tipo de gasto es de carácter regresivo dado que el pago directo o copago de atención de salud tiene impactos diversos dependiendo del ingreso familiar. De esta forma a mayor ingreso, menor impacto sobre presupuesto familiar, además de mayor posibilidad de acceso a atenciones. A menor ingreso, mayor impacto sobre presupuesto familiar, así como menor capacidad de acceso a atenciones o medicamentos con baja y sin cobertura por parte del aseguramiento público o privado. Esta situación puede provocar que frente a eventos complejos de salud algunas familias no tengan los medios para cubrir la diferencia de cobertura respecto del costo total de estos eventos. Esto significa que el gasto de bolsillo puede implicar en ocasiones gastos catastróficos a las familias. De esta forma organismos como la organización mundial de la salud planteen que resulta esencial controlar el gasto de bolsillo, manteniéndolo en un nivel de máximo 20% respecto del gasto total en salud.

Las fuentes para financiar el gasto sanitario del país se ha mantenido estable durante el tipo, aunque con cambios que se introducen en la dictadura militar. En el marco constitucional de 1980, se dicta el decreto Ley N° 3.626 de 1981¹⁴, mediante el cual se permite a los trabajadores aportar su “cotización a alguna institución o entidad que otorgue al trabajador las prestaciones y beneficios de salud”. Estas cotizaciones pueden por lo tanto ser entregadas al seguro público o a los seguros privados creados por el Decreto con Fuerza de Ley N° 3 del Ministerio de Salud de 1981.

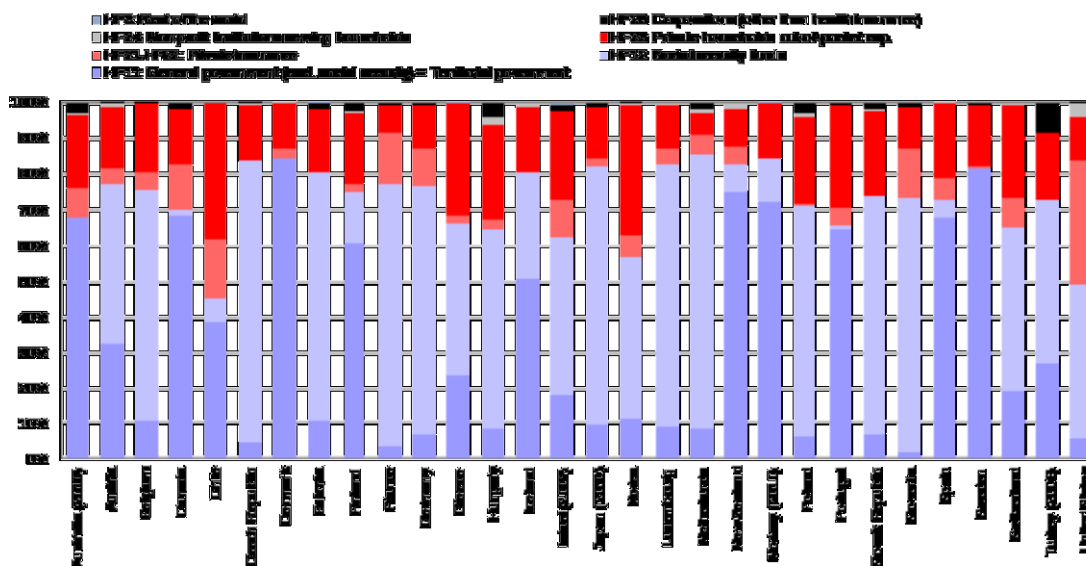
Con esta cambio una parte de la población chilena sale de un pool de riesgo solidario y pasa a un sistema de aseguramiento en donde el riesgo individual es el que impera, esto produce una nuevo tipo de segmentación en el sistema de salud chileno, que tiene relación a la probabilidad de enfermar que tengan los diversos individuos.

¹⁴ En su Artículo 1º, N° 46, modificó el Artículo 84 del decreto Ley N° 3.500.

Según las estadísticas que maneja la OCDE¹⁵ respecto al gasto sanitario, Chile para el 2012 alcanzaba un gasto en salud equivalente al 7,6% del producto interno bruto (PIB) y si se observa la línea temporal se ha acumulado un crecimiento en el gasto de 2,4% respecto del año 1995. Esto llevado a gasto per cápita implica 396,5 USD (ajustado por paridad de poder adquisitivo), hasta 1.711 USD el 2012. Esto puede parecer un gran logro (aunque Chile aún está por debajo del promedio OCDE), pero detrás de estas estadísticas se esconde la desigualdad. Para observar la desigual en la distribución del gasto sanitario se requiere conocer las fuentes de financiamiento de la salud. El aporte fiscal (impuestos) alcanza un 38,25% del total de recursos de salud, a esto es necesario sumar un 6,6% de la recaudación en cotizaciones de salud por parte de los beneficiarios del seguro público de salud (Fonasa). De esta forma los recursos con los cuales se conforma el gasto público equivalen al 44,85% del total del gasto sanitario. Por otro lado dado que las cotizaciones previsionales en salud que terminan en las Isapres no se rigen bajo esquemas de seguridad social es que hay que considerar este tipo de gasto como privado, esta fuente de financiamiento llega a un 16,87% del total del gasto sanitario. Sin embargo la mayor fuente de financiamiento es el gasto directo de las familias en salud, el cual alcanza un 38,26%, siendo el mayor financiador de la salud en Chile.

¹⁵ OCDE. Stat. Recuperado en: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

Gráfico 1: Gasto en Salud OCDE según agente de financiamiento.



Fuente: Goyenechea (2014).

Estos datos nos muestran que en Chile es predominante el gasto privado por sobre el de carácter público, llegando el gasto privado a un 55,14% del total del gasto en salud de Chile, superando a países como EE.UU (51%), lo cual nos convierte en un país sumamente privatizado en relación a la forma de financiar la salud. Una consecuencia de este tipo de financiamiento es que la salud resulta ser un bien de consumo y su acceso estará principalmente ligado a la capacidad de pago que posean las familias.

Aseguramiento y prestadores público de salud

Las modificaciones que se realizan al ámbito público durante las reformas que implementa la dictadura militar son en varias esferas, por un lado la fusión del SERMENA con el SNS da paso al actual Fonasa que funciona como seguro público de salud. En materia de prestadores, se generan cambios en los mecanismos de pagos a prestadores, introduciendo el pago por prestaciones de salud, así como se continúan con esquemas históricos de

financiamiento. Otro ámbito de cosas que se revisaran a continuación estará centrado en los mecanismos de traspaso de recursos al sector privado y posteriormente al déficit históricos de inversión en infraestructura.

Fuentes de financiamiento del presupuesto

Los recursos que financian al subsistema público de salud son entregados a través de la ley de presupuesto, en donde se pueden observar la evolución de los distintos componentes que financian la salud pública.

- 1) Aporte Fiscal: estos son recursos que provienen de los impuestos generales (antes descritos), y que para el presupuesto del 2015 corresponden a un 62% del total de recursos que se aportan para financiar la salud. Sin embargo este predominio del aporte fiscal no ha sido siempre de la misma manera, para 1992 este alcanza 44,18% del total de recursos para el financiamiento público.
- 2) Imposiciones previsionales: estos recursos son lo que recauda Fonasa de las cotizaciones obligatorias del 7%. Estos recursos para el presupuesto de salud 2015 alcanzan un total del 29% del gasto público. Para el año 1992 este porcentaje estaba cercano al 46%.
- 3) Otros: hay otras fuentes de ingresos, esto son principalmente producidos por la venta de activos, copagos, así como otras fuentes de menor relevancia.

Dimensionamiento del gasto público en salud

Un elemento de suma importancia para determinar y juzgar lo adecuado del financiamiento público es analizarlo en función de su “peso” en el producto interno bruto (PIB). De esta forma podemos comparar respecto de los estándares y recomendaciones a nivel internacional que se manejan en salud.

Tabla 2: Gasto público en salud en porcentaje del PIB¹⁶.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ingresos	3.331.429.547	3.921.803.728	4.301.644.923	4.713.209.055	5.515.395.608	6.059.568.716
% PIB	3,11%	3,32%	3,41%	3,56%	3,97%	4,21%
Imposiciones Previsionales	1.093.714.326	1.187.321.212	1.324.907.466	1.546.306.253	1.699.385.071	1.785.156.723
% PIB	1,02%	1,01%	1,05%	1,17%	1,22%	1,24%
Aporte Fiscal	1.917.079.300	2.382.866.037	2.582.071.148	2.749.724.440	3.289.618.941	3.773.191.608
% PIB	1,79%	2,02%	2,05%	2,08%	2,37%	2,62%

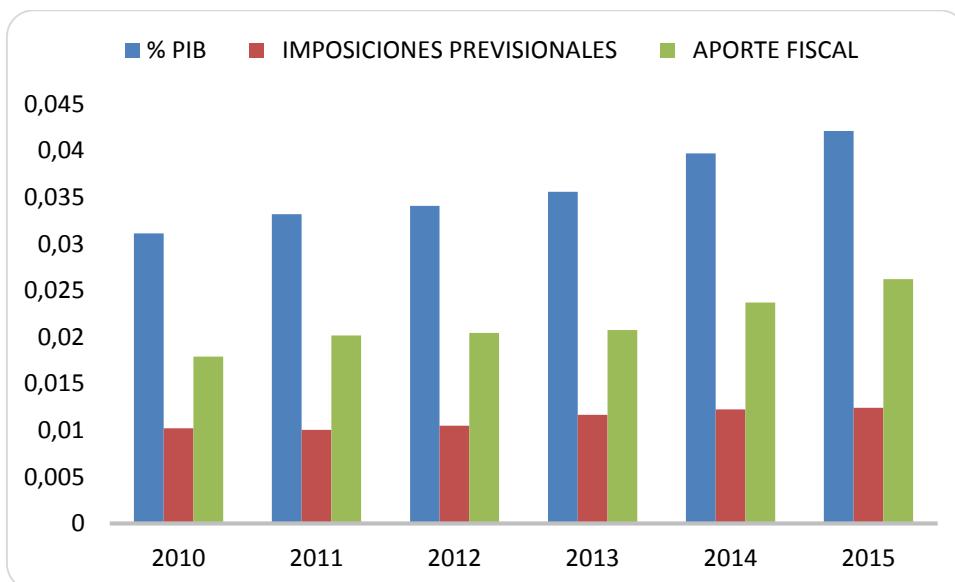
Fuente: Elaboración propia a partir de Dipres.

El presupuesto 2015 llevado a su porcentaje respecto del PIB, alcanza un porcentaje superior al cuatro, lo cual constituye una novedad, dado que debe ser uno de los porcentajes más altos a nivel histórico (recordemos que las cifras del Banco Central situación en la época de Allende esta cifra cerca del 4%). En concreto la ley de presupuesto para salud del 2015 implica un 4,21% del PIB.

Si se considera el gasto público en salud (en pesos 2014) y llevados al PIB 2014 podremos visualizar la evaluación del gasto en los últimos seis años de la siguiente forma:

¹⁶ Calculado de acuerdo al PIB de cada año. El año 2015 es construido en base al PIB tendencial entregado por Ministerio de Hacienda en 2014. Ver en www.hacienda.cl. Los datos de Dipres fueron obtenidos de <http://www.dipres.gob.cl/572/channel.html>

Gráfico 2: Componentes del presupuesto de salud respecto al PIB¹⁷.

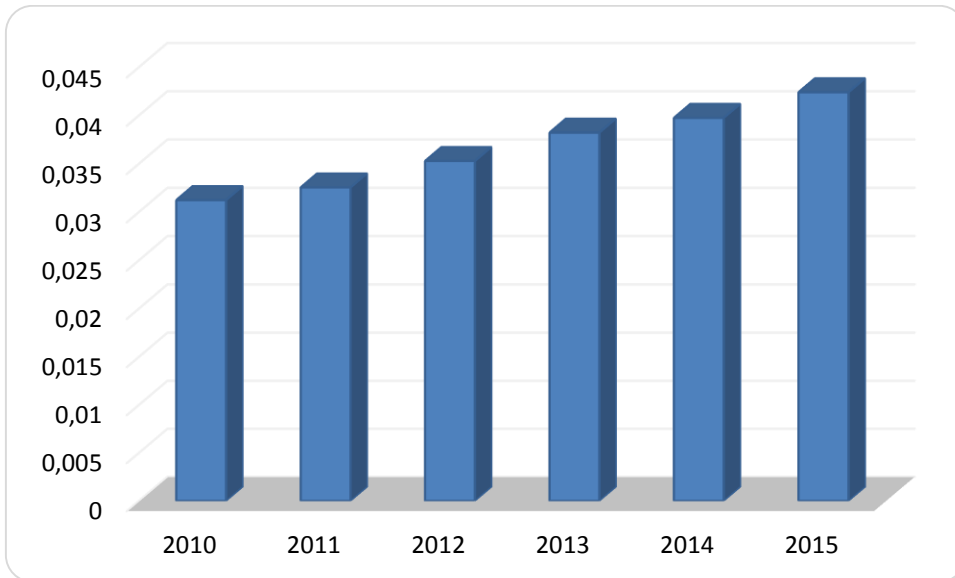


Fuente: Elaboración propia a partir Dipres.

Gráfico 3: Gasto público en salud respecto del PIB¹⁸ (pesos 2014)

¹⁷ *Op. Cit.* 16.

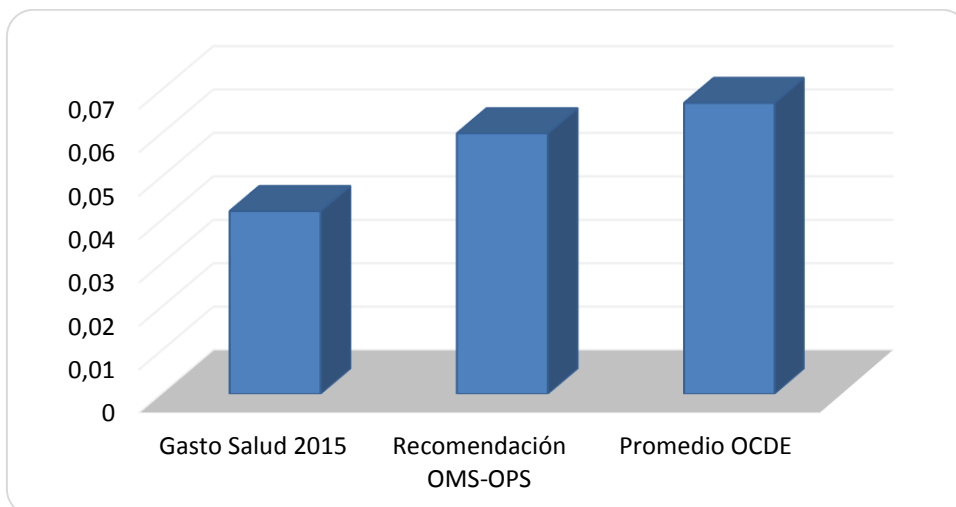
¹⁸ *Íbid.*



Fuente: Elaboración propia a partir de Dipres.

Si bien el presupuesto presenta un aumento respecto del porcentaje del PIB superando el cuatro por ciento, este presupuesto aun es deficitario respecto de la recomendación OMS-OPS (1,79% PIB), en una situación aún más deficitaria se encuentra el presupuesto de salud si lo comparamos respecto al promedio de gasto público en países de la OCDE (2,49% PIB), esto se debe a que los países pertenecientes a la OCDE tienen sistema de salud en donde lo público es hegemónico, a diferencia de nuestro país en donde gran parte del financiamiento termina en el sector privado.

Gráfico 4: Gasto Público en Salud comparado con estándar y recomendación internacional



Fuente: Elaboración propia a partir de Dipres¹⁹.

Financiamiento de la provisión pública de salud

Los mecanismos de pagos a los prestadores públicos se han ido modificando desde el año 1979 hasta últimos cambios realizados durante el 2014. Sin embargo lo esencial de estos ha permanecido sobre todo a nivel hospitalario. En el caso de la atención primaria de salud se crea durante la década de los noventa el “per cápita” asignación que es transferida desde Fonasa a los servicios de salud y estos a su vez a los municipios correspondientes. Respecto de los mecanismos de financiamiento hacia los hospitales, se realiza a través del programa de prestaciones institucionales (PPI), esta es la vía tradicional o histórica de financiamiento a los hospitales por esta vía se pagan los bonos de desempeño, la base histórica, ley médica, asignación de zona y otros bonos. El segundo mecanismos es el programa de prestaciones valoradas (PPV), que se componen a su vez de los pagos asociados a diagnósticos (PAD), pago por prestación (PPP), programas especiales, complejos, garantías explícitas en salud (GES), urgencias. Las PPV son un mecanismo de pago por acto, que agrupan gran parte de prestaciones que se realizan en los hospitales, las que se deben programar previamente en acuerdo con Fonasa; pero éste es un mecanismo que tiene techo presupuestario, es decir, si

¹⁹ *Op. Cit.* 16.

el hospital realiza más prestaciones de las acordadas con el seguro público, la institución no recibirá los montos para cubrirlas.

Los recursos destinados a la provisión de salud en prestadores públicos representan el 63,9% del total del presupuesto de salud 2015. Esto contemplando los principales mecanismos de pago que están destinados a la provisión pública (se excluye recursos para financiar acciones de salud en sector privado).

Tabla 3: Financiamiento de la provisión de salud en prestadores públicos

Ítem	Monto	Porcentaje
Presupuesto de salud	6.059.568.716	100,0%
Financiamiento Hospitales (PPV-PPI) ²⁰	2.653.329.242	43,8%
Financiamiento APS (Per cápita)	1.218.982.583	20,1%

Fuente: Elaboración propia a partir de Dipres²¹.

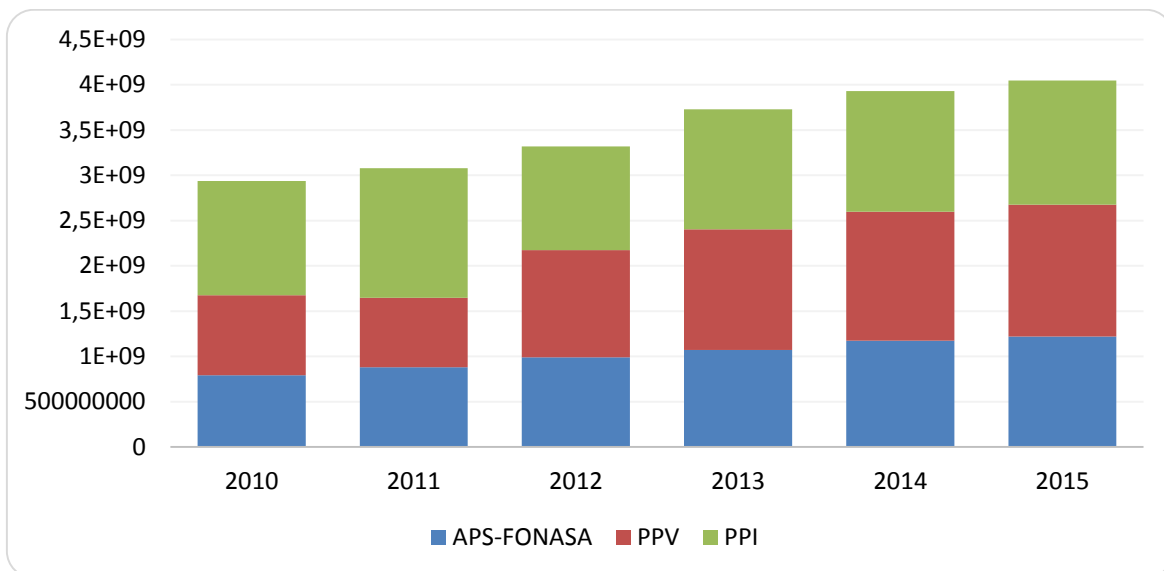
La distribución de los recursos para la provisión pública de atenciones de salud respecto del 63,9% destinado, es un 20,1% se destina para APS y un 48,8% para hospitales.

Gráfico 5: Distribución de recursos según mecanismo de pago (2010-2015)²².

²⁰ Los recursos PPV destinados a privados son omitidos.

²¹ *Op. Cit.* 16.

²² PPV incluye compras a prestadores privados.



Fuente: Elaboración propia a partir de Dipres <http://www.dipres.gob.cl/572/channel.html>.²³

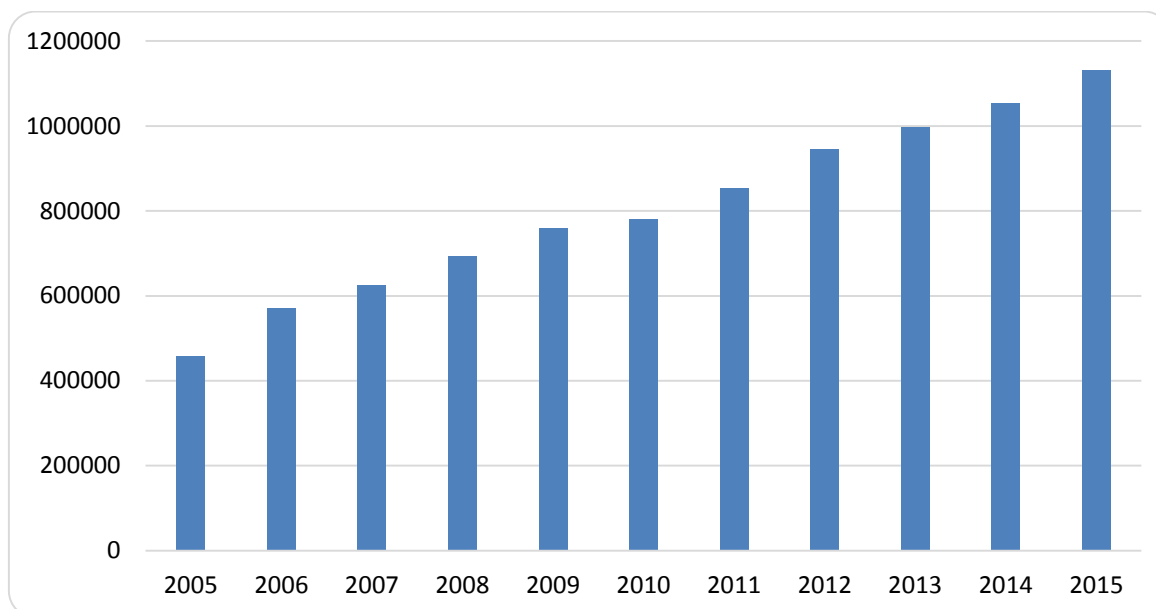
Fonasa y Privados

Los mecanismos mediante los cuales el Estado traspasa recursos públicos a los prestadores privados son variados. Por un lado se encuentra las bonificaciones a la modalidad libre elección de Fonasa (MLE), las compras centralizadas del programa de prestaciones valoradas (PPV), y el Bono AUGE. A esto se debe incorporar las compras descentralizadas que realizan los prestadores públicos, que si bien no están informadas por la dirección de presupuesto del Ministerio de Hacienda (Dipres), se pueden verificar a través de los informes que debe entregar Fonasa, de acuerdo a las glosas del presupuesto.

Para el presupuesto 2015, el gasto en compras y subsidios al sector privado de prestadores llegará a los \$678.533 millones de pesos (lo que equivale a 1.130 millones de dólares), esto supone un incremento de 7,91% respecto al gasto en transferencias a prestadores privados aprobadas en el congreso el 2014.

²³ *Op. Cit.* 16.

Gráfico 6: Compras y subsidios a prestadores privados 2005-2015 (en USD)*²⁴.



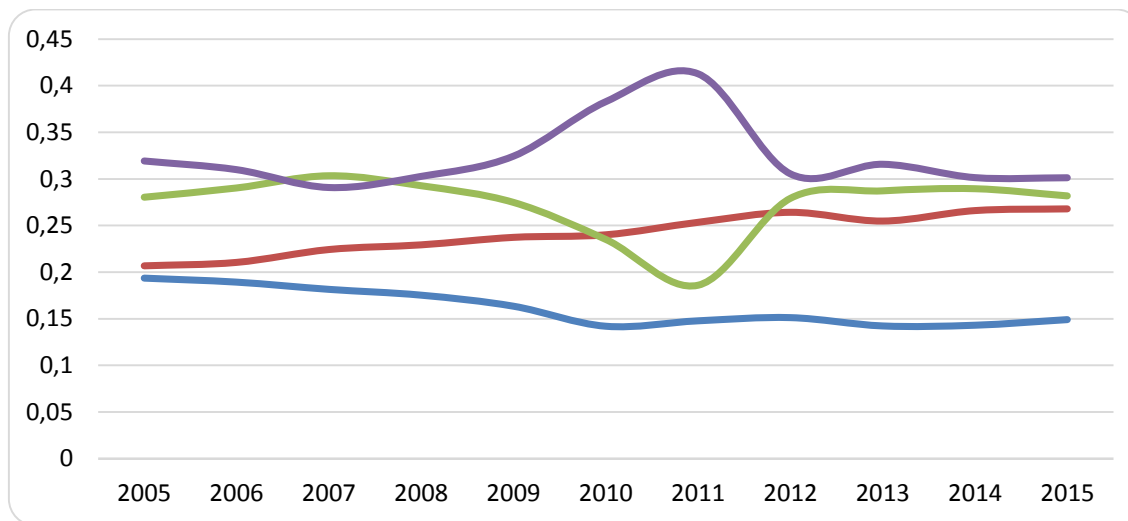
Fuente: Elaboración propia a partir de DIPRES <http://www.dipres.gob.cl/572/channel.html>.
²⁵

Entre el año 2010 al 2015 el peso total de compras y subsidios que terminan en prestadores privados alcanza un 14,59% del total del total del financiamiento a la provisión de salud y el año 2012 es donde alcanza su mayor peso con 15,12% del gasto en provisión. El peso promedio de las transferencias privados desde el 2005 al 2015 alcanza un 16% del gasto en provisión de salud.

²⁴ No se incluye las compras realizadas por los prestadores públicos.

²⁵ *Op. Cit.* 16.

Gráfico 7: Componentes del gasto en provisión de salud



Fuente: Elaboración propia a partir de DIPRES²⁶.

Un elemento preocupante son las compras descentralizadas o realizadas por parte de prestadores del SSNS las cuales alcanzan a junio del 2014 los 81.758 millones (equivalente a \$ 136.263.333 USD), el 2013 a la misma fecha el gasto alcanzo los 74.884 millones, es decir se evidencia un crecimiento de 9,2%.²⁷ Una proyección del gasto anual de este tipo de compras (que no aparecen en los informes de DIPRES), es que a finales del 2014 esta cifra puede llegar a los 270 millones de dólares.

²⁶ *Op. Cit.* 16.

²⁷ Más detalles ver:

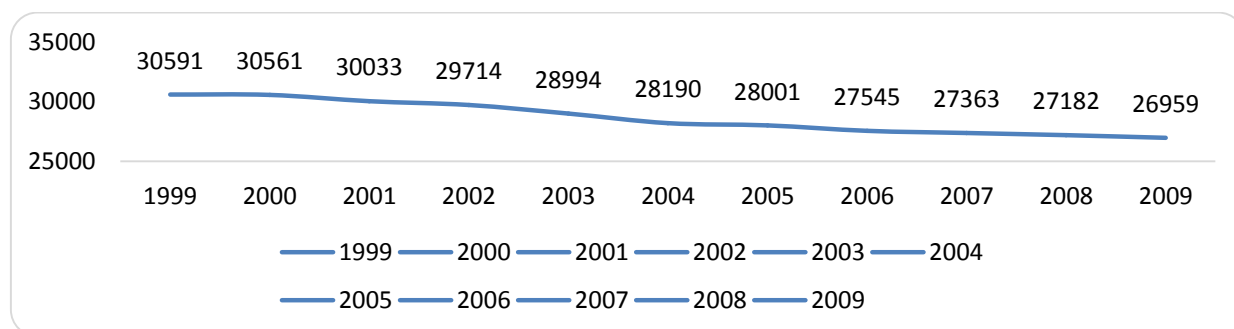
http://www.senado.cl/site/presupuesto/2014/cumplimiento/Glosas%202014/tercera_subcomision/16%20Salud%202014/ORD.N%C2%B0%20C2%203252.pdf

Entre el 2005 y contemplando los recursos destinados a compras y subsidios a privados²⁸, el Estado ha transferido 8.865 millones de dólares²⁹. Esto explica el crecimiento explosivo que ha mantenido la industria de prestadores privados a lo largo de más de 10 años.

Contexto del gasto en infraestructura de salud

La situación en relación al estado de la infraestructura hospitalaria nuestra que en las últimas décadas la capacidad pública se ha contraído. Esto se puede verificar al observar el número de camas públicas disponibles, las cuales disminuyen en un 12% entre 1999 y el 2009.

Gráfico 8: Número de camas disponibles en el SSNS.



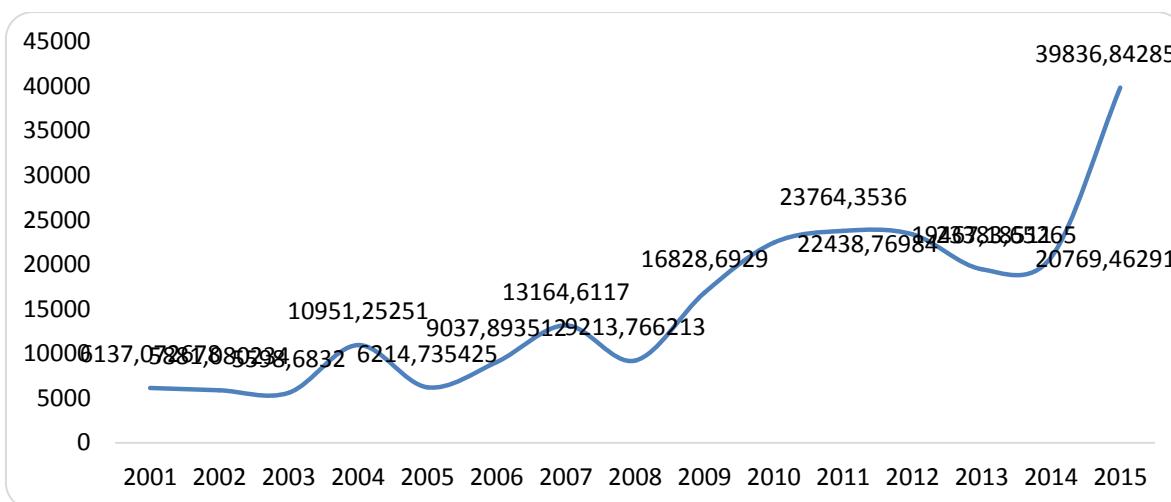
Fuente: Elaboración propia en base a <http://www.deis.cl/>

Otra forma de verificar los niveles de inversión en la red pública es a través del indicador del gasto per cápita considerando la población que se atiende en la red pública de salud. En el periodo 2001 al 2009 el gasto per cápita en infraestructura alcanza un promedio de \$ 9.225 pesos por beneficiario Fonasa, en el periodo 2010-2013 este gasto aumenta a los \$ 22.263 pesos por beneficiario, hay que considerar que en este periodo de tiempo el país se vio afectado por un terremoto que causó daños en 16 servicios de salud a lo largo del país, por lo que se debió generar un mayor gasto para paliar los daños efectuados. En los últimos dos años este indicador nos muestra que el 2014 el gasto llegó a los \$20.769 pesos por beneficiario y la proyección 2015 alcanza los \$ 39.837 pesos.

²⁸ Contemplando compras centralizadas, bono AUGE y MLE.

²⁹ Tipo de cambio de 600 pesos.

Gráfico 9: Gasto per cápita en infraestructura en salud.

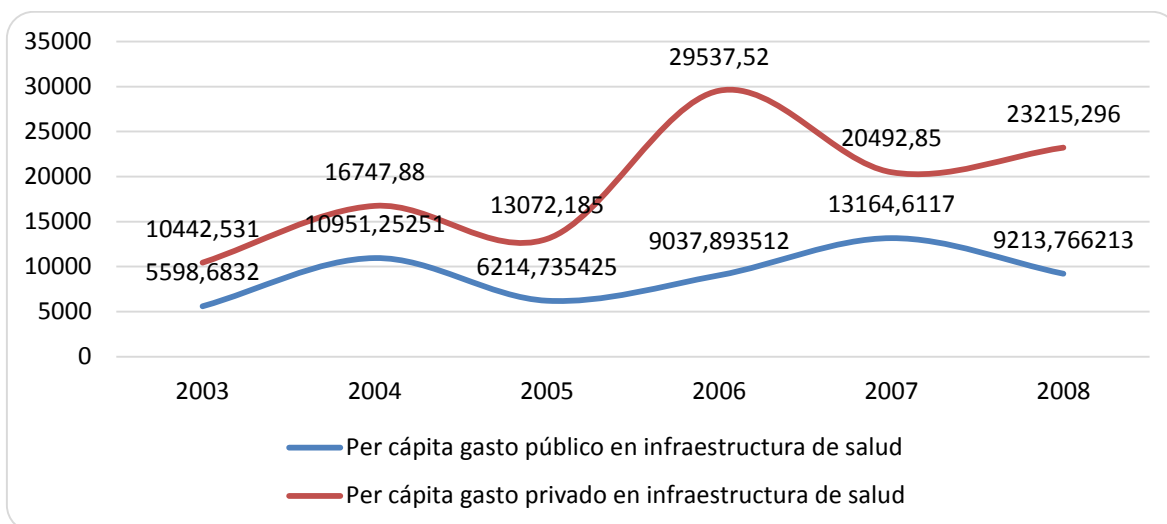


Fuente: Elaboración propia a partir Dipres³⁰

Para verificar el tamaño del esfuerzo fiscal y poner en perspectiva el gasto público, se puede comparar con el gasto privado, los resultados muestran que el gasto público en promedio es un 50% menor al privado, esto considerando el periodo 2003 al 2008.

Gráfico 10: Comparación del gasto per cápita según beneficiario en infraestructura de salud.

³⁰ *Op. Cit.* 16.



Fuente: Elaboración propia a partir de Dipres³¹.

Tabla 3: Comparación Chile-OCDE*³² sobre camas hospitalarias totales por cada 1000 habitantes.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Chile	2,77	2,71	2,61	2,53	2,5	2,4	2,3	2,32	2,28	2,27	2,26	2,04	2,22	2,18
OCDE	5,76	5,58	5,46	5,43	5,40	5,38	5,29	5,24	5,19	5,10	4,92	4,88	4,89	5,05
Déficit respecto OCDE	- 52%	- 51%	- 52%	- 53%	- 54%	- 55%	- 57%	- 56%	- 56%	- 55%	- 54%	- 58%	- 55%	- 57%

Fuente: elaboración propia en base a <http://stats.oecd.org/>

En la tabla 1 se puede ver la situación de Chile respecto al promedio OCDE respecto a número de camas por cada mil habitantes. En esta tabla se puede verificar que Chile está muy alejado de los parámetros de la OCDE en relación a camas hospitalarias, presentando un déficit de 57% para el año 2012.

Aseguramiento y prestadores privado en salud

³¹ *Íbid.*

³² Incluye camas SSNS, FFAA, Privadas, Mutuales.

La salud en Chile está marcada por la lógica del mercado, como hemos visto antes esto está consagrado por el carácter del Estado y la arquitectura del sistema legado en la dictadura, que profundiza las lógicas de mercado en lo público y que tiende a producir y favorecer el sector privado, primero con la apertura de nuevos espacios (aseguramiento) y luego con financiamiento constante desde los recursos públicos.

Las Isapres que fueron creadas por decreto en una situación de dictadura, reciben recursos de las cotizaciones de seguridad social sin embargo estas instituciones se comportan como seguros privados. La lógica de la seguridad social implica que no se puede lucrar con los recursos que tienen como objetivo el bienestar colectivo, así como no se puede discriminar por capacidad de pago o por riesgo a contraer enfermedades. Las Isapres funcionan al revés favoreciendo la maximización de la utilidad privada por sobre lo colectivo, generando discriminación por ingresos y riesgos.

Las Isapres funcionan de acuerdo a la lógica de seguros privados y están alejados de la lógica de la seguridad social por estas razones³³:

- 1) Selección adversa: se utiliza “tarificación por riesgo” lo que constituye la mayor barrera de entrada en el aseguramiento privado. Está consagrada en la tabla de factores de riesgo que mide la posibilidad de enfermarse y el costo esperado de los diversos grupos sociales (sexo, tramo etario, etc.).
- 2) Pre existencias: se intenta excluir a las personas con pre existencias debido a que la probabilidad de enfermar es “cierta”.
- 3) Copagos: existe un alto nivel de copago. El nivel de copago no tiene criterios sanitarios (ej. mayor cobertura para prestaciones más efectivas o “necesarias”), solamente busca contener el uso de prestaciones. Asociado, además, netamente a la capacidad de pago de las personas. Por otro lado hay evidencia de que las coberturas que entregan las

³³ Más detalles al respecto pueden revisarse en Goyenechea (2014).

Isapres son diferencias según sexo y edad, de esta forma el problema de la discriminación por riesgo no está solamente concentrada en las tarifas de los planes, sino incluso al momento de requerir una atención de salud.

- 4) Asimetría de información: actualmente el paciente en Isapres es quien determina el aseguramiento bajo un modelo de “rational choice”. La enorme cantidad de planes hace imposible adoptar una elección racional. Además la capacidad de elección adecuada las necesidades futuras en salud de las personas es baja.

Tabla 4: Distribución de cotizantes de salud según tramo de ingresos y seguro de salud.

Tramo de Renta Imponible	FONASA	% Cotizantes	% Acumulado	ISAPRES	% Cotizantes	% Acumulado
\$1 - \$100.000	549.412	10,06%	10,06%	6.199	0,53%	0,53%
\$100.001 - \$150.000	643.981	11,79%	21,85%	4.434	0,38%	0,90%
\$150.001 - \$200.000	919.810	16,84%	38,69%	9.472	0,81%	1,71%
\$200.001 - \$250.000	679.751	12,45%	51,14%	20.042	1,70%	3,41%
\$250.001 - \$300.000	461.219	8,44%	59,58%	23.789	2,02%	5,44%
\$300.001 - \$350.000	370.760	6,79%	66,37%	35.964	3,06%	8,50%
\$350.001 - \$400.000	316.286	5,79%	72,16%	29.219	2,48%	10,98%
\$400.001 - \$500.000	465.888	8,53%	80,69%	83.032	7,06%	18,04%
\$500.001 - \$600.000	306.872	5,62%	86,31%	88.102	7,49%	25,53%
\$600.001 - \$700.000	211.483	3,87%	90,19%	89.283	7,59%	33,13%
\$700.001 - \$800.000	147.256	2,70%	92,88%	82.415	7,01%	40,14%
\$800.001 - \$900.000	99.697	1,83%	94,71%	74.748	6,36%	46,49%
> \$ 900.001	289.093	5,29%	100%	629.154	53,51%	100,00%
Total general	5.461.508	100%	100%	1.175.853	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas de Fonasa y Superintendencia de Salud.

Un problema del sistema de aseguramiento de salud que impera en Chile es que produce segmentación de la población según renta y riesgo a enfermar. Por un lado esta Fonasa que constituye un pool de riesgo común y de carácter solidario, que es financiado por impuestos generales y recursos de la seguridad social (7% de cotización obligatoria). Con el arreglo heredado de la dictadura, las personas pueden “elegir” salir del pool de riesgo común y solidario que es Fonasa, para pasar a un seguro privado, esto lo hacen llevando su cotización del 7%. Sin embargo en los seguros privados no existe una lógica de seguridad social por lo que sus tarifas son ajustadas según el riesgo individual a enfermar, esto genera un incentivo entre los seguros a seleccionar aquellas personas con menor riesgo, con el propósito de

disminuir los costos de atención y aumentar su margen de ganancia. Por otro lado los planes de salud que ofrecen las aseguradoras privadas no solo se financian con el aporte obligatorio del 7%, el promedio de cotización en estas entidades alcanza un 10%.

Tabla 5: Distribución de cotizantes de salud según tramo de ingresos y seguro de salud.

Tramo de Renta Imponible	FONASA	% Cotizantes	% Acumulado	ISAPRES	% Cotizantes	% Acumulado
\$1 - \$100.000	549.412	10,06%	10,06%	6.199	0,53%	0,53%
\$100.001 - \$150.000	643.981	11,79%	21,85%	4.434	0,38%	0,90%
\$150.001 - \$200.000	919.810	16,84%	38,69%	9.472	0,81%	1,71%
\$200.001 - \$250.000	679.751	12,45%	51,14%	20.042	1,70%	3,41%
\$250.001 - \$300.000	461.219	8,44%	59,58%	23.789	2,02%	5,44%
\$300.001 - \$350.000	370.760	6,79%	66,37%	35.964	3,06%	8,50%
\$350.001 - \$400.000	316.286	5,79%	72,16%	29.219	2,48%	10,98%
\$400.001 - \$500.000	465.888	8,53%	80,69%	83.032	7,06%	18,04%
\$500.001 - \$600.000	306.872	5,62%	86,31%	88.102	7,49%	25,53%
\$600.001 - \$700.000	211.483	3,87%	90,19%	89.283	7,59%	33,13%
\$700.001 - \$800.000	147.256	2,70%	92,88%	82.415	7,01%	40,14%
\$800.001 - \$900.000	99.697	1,83%	94,71%	74.748	6,36%	46,49%
> \$ 900.001	289.093	5,29%	100%	629.154	53,51%	100,00%
Total general	5.461.508	100%	100%	1.175.853	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas de Fonasa y Superintendencia de Salud.

La tarificación del sistema privado de aseguramiento al estar en función del riesgo individual produce que aquellos que puedan acceder sean individuos con mayor capacidad de pago. En el Seguro Público de salud (Fonasa), al funcionar en una lógica solidaria financia a todos aquellos que no pueden pagar. En la tabla 1 se puede verificar este efecto al observar la distribución de los cotizantes en los respectivos esquemas de aseguramiento. Más del 51%

de los cotizantes de Fonasa tienen rentas menores a los \$ 250.000 pesos, al contrario las aseguradoras privadas más del 53% poseen rentas por sobre los \$ 900.000 pesos mensuales.

En relación a la segmentación de la población en relación al riesgo a enfermar se puede señalar, que a través de la configuración del sistema de tarificación que tienen las Isapres, se produce una suerte de desceme, las Isapres buscan a los individuos de menor riesgo, de esta manera los grupos de la población con mayor riesgo o tienen que compensar a la Isapres con mayores pagos o son expulsados del sistema, teniendo que asegurar su salud a través de Fonasa. “Fruto de la competencia generalizada en riesgos, en el sistema de seguridad social de salud chileno se aprecia una diferenciación de riesgos entre sistemas Fonasa e Isapre cercana al 33% en promedio en 10 años, al considerar sexo, edad y los diagnósticos clínicos pasados a nivel individual, en un modelo de estimación de riesgos”³⁴. Es decir que los beneficiarios del Fonasa tienen mayor probabilidad de contraer enfermedades que los de Isapres.

Holdings de salud privada

Un fenómeno que se ha producido en los últimos años, es la generación de grandes grupos de empresas o holdings en la salud privada, los cuales poseen la propiedad de Isapres y clínicas. Esto permite que los recursos que ingresan a las Isapres y que tienen que ser utilizados en costear atenciones de salud, permanezca en los prestadores que son parte del mismo holding.

El negocio de esta forma no está reducido a las Isapres y las utilidades que se obtienen anualmente a través de ellas, sino en utilizar a las Isapres como intermediario financiero

³⁴ Cid, C. Diagnoses-based Risk Adjusted Capitation Payments for Improving Solidarity and Efficiency in the Chilean Health Care System: Evaluation and Comparison with a Demographic Model. Tesis doctoral. Department of Economics- Institute for Health Care Management, Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, Alemania. Disponible en: [http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlet s/DocumentServlet?id=25690](http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlet/s/DocumentServlet?id=25690)

permitiendo que el grupo o holding además pueda obtener utilidades a partir de los costos de atención, que para las clínicas del holding también producen utilidades (Goyenechea, 2014).

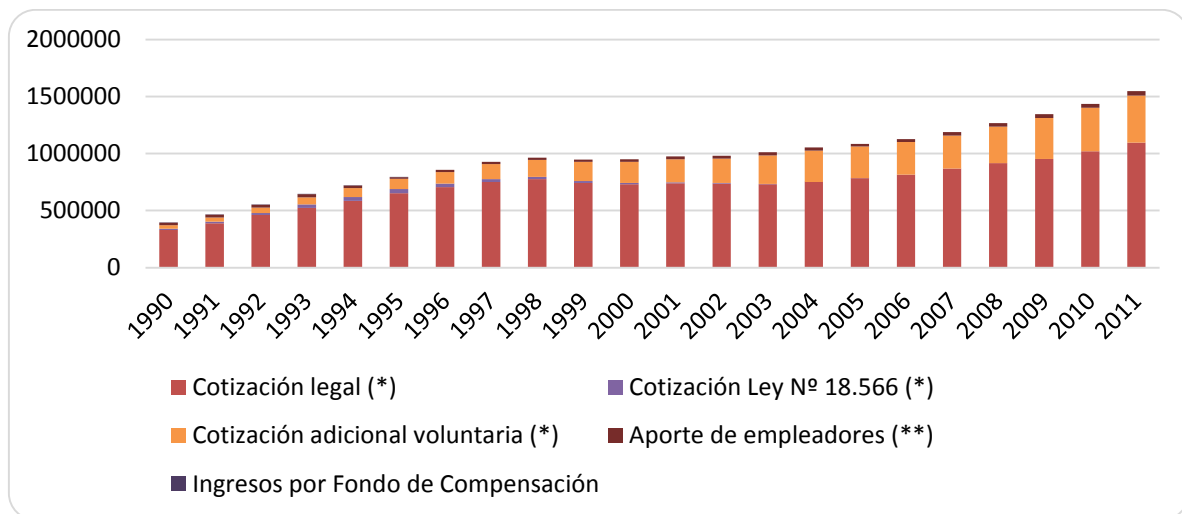
Los grandes grupos que están presentes en la salud privada son:

- Holding Banmédica perteneciente al grupo PENTA.
- La cámara chilena de la construcción, propietaria de Consalud y una red de clínicas
- Grupo Cruz Blanca, que poseen una Isapre del mismo nombre y una red de prestadores.

Hay Isapres que no están integradas verticalmente o son parte de un holding que incluya prestadores, como es el caso de Colmena, lo cual también explica su alejamiento de la asociación de Isapres. Otro caso menor es el Masvida que es una empresa que tiene a médicos como accionistas y que tiene prestadores pero es significativamente menor que los tres grupos anteriores (Goyenechea, 2014).

Un elemento importante respecto de la composición de las utilidades de los grandes grupos o holdings, es que éstas son mayores en los prestadores de salud y no en las Isapres.

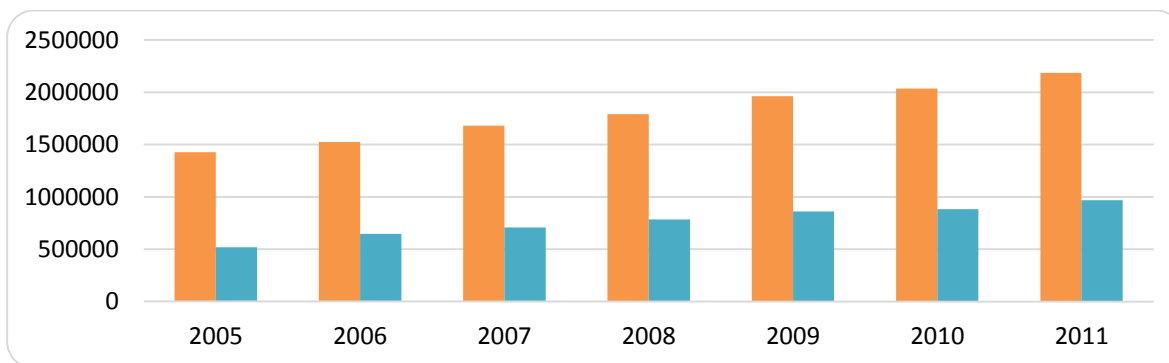
Grafico 10: Ingresos operacionales de las Isapres (en millones 2011).



Fuente: Goyenechea (2014).

Dado que las Isapres funcionan con una lógica de intermediario entre los individuos y los prestadores, pueden dirigir u orientar la demanda de salud hacia ciertos prestadores, esto es realizado a través de ventajas en las coberturas, o a través de planes con exclusividad de prestadores. En el gráfico 10 se puede apreciar cuales son las fuentes de ingresos de las Isapres, que están compuestos por los recursos de la cotización legal, además de aportes voluntarios. De esos ingresos hay un porcentaje que las Isapres producen su utilidad y cubrir sus costos administrativos, luego de eso el costo operacional en promedio desde el 1990 al 2011 es de un 81% sobre los ingresos totales, ese gasto operacional es el que es utilizado para bonificar las atenciones de salud de sus afiliados, es decir los ingresos que recibirán las clínicas. Desde 1990 a 2011 las Isapres pagaron atenciones por 28.974 millones de dólares en las clínicas privadas, solo el 2011 esta cifra alcanza los 2.184 millones de dólares. Sin embargo como ya vimos anteriormente, las clínicas no solamente reciben recursos de las Isapres, siendo el seguro público y los prestadores públicos también “compradores” de atenciones.

Gráfico 11: Transferencias públicas y privadas a las clínicas (en millones de USD).



Fuente: Goyenechea (2014).

En el gráfico 11 se pueden apreciar los ingresos que reciben los prestadores privados por parte de las Isapres y el Estado (no se considera el gasto de bolsillo en atenciones). De esta forma las clínicas están recibiendo ingresos que van entre 2.000 y 3.000 millones de dólares al año, y si consideramos los ingresos obtenidos por parte de atenciones de Isapres y de Fonasa entre el 2005 al 2011, las clínicas obtienen ingresos que llegan a los 17.976 millones de dólares, siendo de esta forma la mayor área de negocios en la salud (Goyenechea, 2014).

Conclusiones

En un momento en el cual se está generando una discusión respecto del futuro del sistema de aseguramiento en salud hay que considerar ¿Cuál es el objetivo de una posible reforma? ¿Qué sector será reformado? Desde la dictadura hasta los gobiernos de la concertación realizaron ajustes en la dirección de regular el negocio de las Isapres y la salud privada, buscan perfeccionar el mercado, no cuestionarlo. De esta forma es esencial observar si una posible reforma está circunscrita a las Isapres, resolviendo sus problemas, como los cuestionamientos que reciben respecto a la discriminación por riesgo que realizan. En un caso como esto tendremos un sistema de seguros privados que contarán con una regulación que les permitirá viabilizar el negocio, sin cuestionamientos.

Dentro de los posibles escenarios que se abren durante el segundo semestre en relación a la reforma de Isapres, hay que considerar hasta qué punto la propuesta de largo plazo realizada por la comisión asesora presidencial (Fondo único con un Seguro Único de carácter público) queda incluida dentro del proyecto de ley (o los proyectos), esto es relevante dado que las propuestas de corto plazo que realizó la comisión son compatibles tanto en un esquema de fondo único con multi-seguros (Fonasa e Isapres) como también son compatibles con la propuesta de mayoría de la comisión que es un fondos único y seguro único. De no recogerse la visión de largo plazo propuesta por la comisión se correr el peligro de validar a las Isapres y viabilizar su negocio.

Bibliografía

Atria, Fernando. “Neoliberalismo con rostro humano (veinte años después)”. Catalonia, Santiago de Chile, 2013.

Cid, C. Diagnoses-based Risk Adjusted Capitation Payments for Improving Solidarity and Efficiency in the Chilean Health Care System: Evaluation and Comparison with a Demographic Model. Tesis doctoral. Department of Economics- Institute for Health Care

Management, Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, Alemania. Disponible en: [http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlet s/DocumentServlet?id=25690](http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlet/s/DocumentServlet?id=25690)

Kast, Miguel. "Relaciones de la Política Económica con la Administración del Estado de Chile: El Estado Empresario y el Principio de Subsidiariedad". *Estudios Públicos*, 13 (verano 1984).

Garretón, Manuel Antonio; Espinoza, Malva. "¿Reforma del Estado o cambio de la matriz sociopolítica? El caso chileno." *América latina hoy: Revista de ciencias sociales*, ISSN 1130-2887, VOL. 5, 1992.

Gogna, M. (coordinadora). *Las reformas en el sector salud en la Argentina y Chile. Oportunidades y obstáculos para la promoción de la salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: Cedes, 2004.

Goyenechea, M. "¿Reforma estructural en salud o regulación estatal del negocio?" *Cuaderno de Coyuntura*, N° 5, año 2014.

Goyenechea, M. "Isapres: la industria de la segregación y el lucro". *El Mostrador*. (2012, 6 de diciembre). Recuperado en: <http://www.elmostradormercados.cl/destacados/opinion-isapres-la-industria-de-la-segregacion-y-el-lucro/>

Goyenechea, M. "Budget analysis in the context of health inequality in Chile". *Medwave* 2011 Dec; 11(12):e5271 doi: 10.5867/medwave.2011.12.5271

Marsh, David. Stoker, Gerry. "Teoría y métodos de la ciencia política". Alianza Universidad. 1995.

Miranda, Ernesto. "Descentralización y privatización del sistema de salud chileno" *Revista de Estudios Públicos*, N°39, año 1990.